

令和7年度 厚生労働省看護職員確保対策特別事業  
「訪問看護における医療安全に関する研修教材作成事業」



# 訪問看護に おける 医療安全 教材活用ガイド



公益財団法人  
日本訪問看護財団

# 本ガイドの説明

本ガイドは、訪問看護における医療安全の教材(1部・2部・番外編)について活用方法を解説するものです。各教材への理解を深め、今後の医療安全活動へ役立てるための手引きとしてご利用ください。

## 目次

本ガイドの説明、目次、目的、期待される成果	… 1
1. 教材活用の流れ	… 2
2. 教材の主な内容	… 3
3. 安全文化を育てるカンファレンス	… 4
参考 カンファレンスの流れ	… 5
チェックシート	… 10
参考資料	… 11

## 教材の目的

訪問看護では、利用者の自宅など生活の場で医療を提供します。このため、看護師・療法士等<sup>※1</sup>、一人ひとりの判断や行動、そして医療安全への意識が重要です。

本教材は、訪問看護ステーションに勤務する全ての看護師等の方々、医療安全活動を正しく理解し、共通の認識を持って行動できることを目的に作成しました。<sup>※1</sup> 看護職員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、以下「看護師等」とする。

### 対象

- ・新人からベテランまで訪問看護に携わる全ての看護師等
- ・管理者



### 利用イメージ

- ・入職時、定例ステーション内研修や勉強会
- ・個々の学習や知識・行動の振り返り

## 期待される成果(役割別)

### 管理者(安全管理責任者<sup>※2</sup>)

ステーションの安全文化の醸成にむけた組織としての体制整備と、スタッフの医療安全活動に対する意識の向上を促す関わり方、医療安全に係る法的責任の理解を深めます。

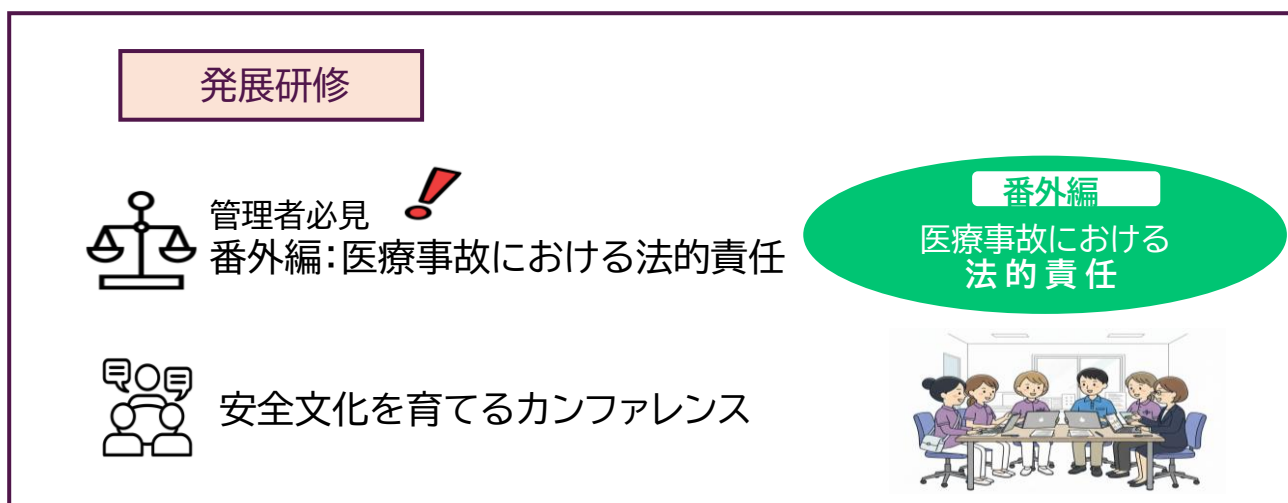
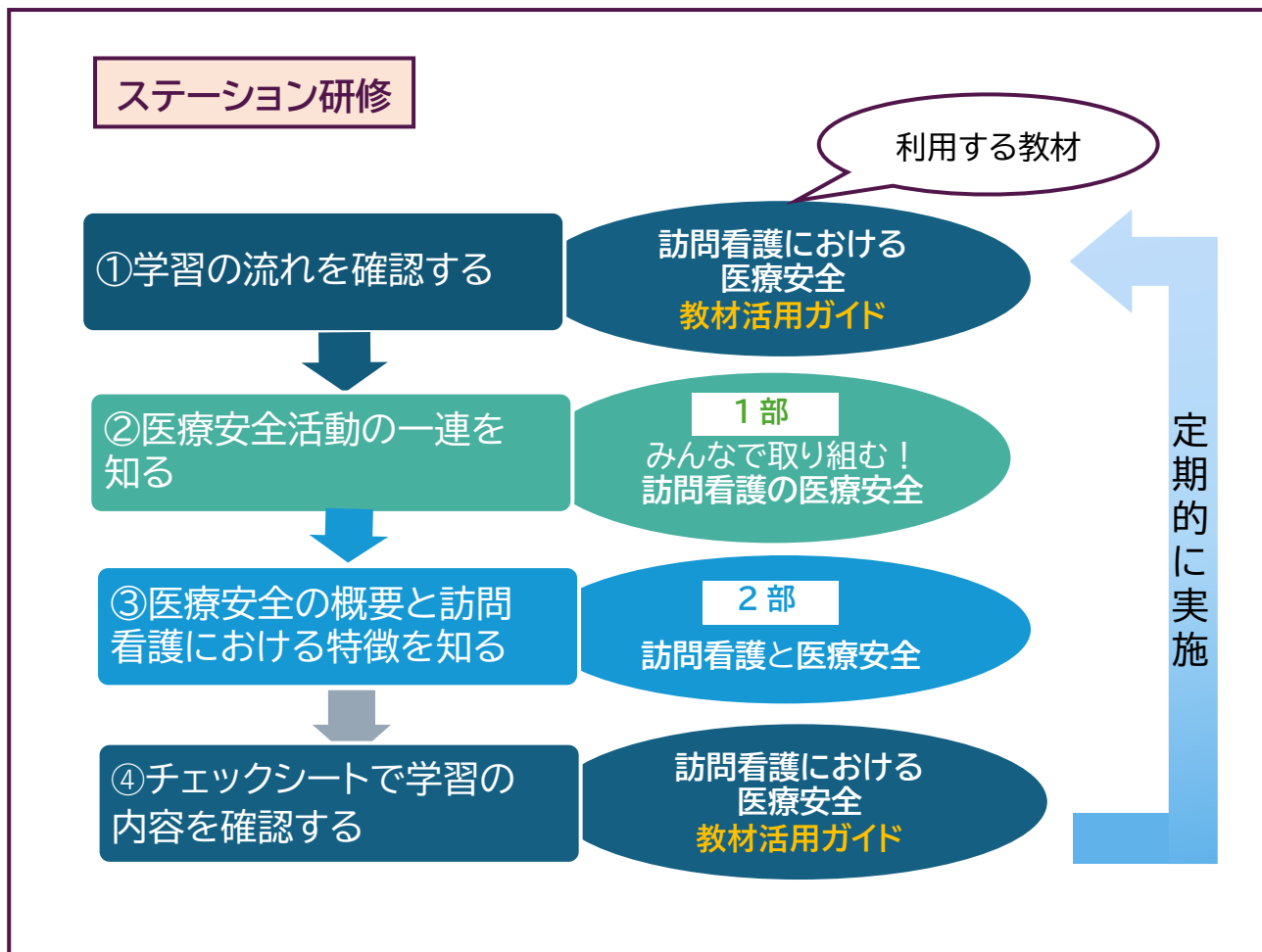
### 看護師等

医療安全活動に必要な基本的知識と訪問看護における実践を理解し、事故予防に向けた考え方を身につけ、取り組み方法を実践できるようになります。

<sup>※2</sup>ここでいう安全管理責任者とは、ステーション等で医療安全委員会などの役割を委任されている方なども含み、必ずしも管理者とは限りません。

# 1. 教材活用の流れ

以下の流れに沿って教材を活用し、医療安全について学びましょう。  
ステーションの安全文化を育てるため、定期的に研修を実施することが大切です。



## 2. 教材の主な内容

### 1部「みんなで取り組む！訪問看護の医療安全」

項目	内容	動画箇所 (分:秒)
事故発生時の対応	・初期対応 ・主治医・事業所管理者・ケアマネジャーへ連絡 ・家族への説明	4:45
再発防止のための対策	・インシデントレポートの作成 (いつ・だれが・どこで・なにを・どのように) ・事例の検討 ・分析の視点(医療者、環境、利用者要因)	7:20
訪問看護ステーションにおける安全文化	・安全文化が根付くカンファレンス ・多角的な検討と対策立案 ・経験を共有して学習する組織	13:19

### 2部「訪問看護と医療安全」

項目	内容	動画箇所 (分:秒)
医療安全の定義	・不必要な傷害のリスク軽減を目指した組織行動の枠組み	0:51
医療安全に係る規定や要件、事故報告と対応	・医療安全に関わる規定や基準、要件 ・ステーションに求められる体制整備	3:08
訪問看護における事故の特徴と実際	・病院との比較による在宅の特徴 ・事故の実際	9:20
事故発生のメカニズム	・事故発生予防のための報告と分析 ・発生のメカニズムと組織で対応することの重要性	12:40
安全文化の醸成	・医療安全における安全文化の重要性 ・安全文化を醸成するためのポイント	15:06

### 番外編「医療事故における法的責任-医療安全文化の重要性-」

項目	内容	動画箇所 (分:秒)
医療紛争	・背景と解決に至る流れ	0:39
医療事故と医療過誤	・法的責任の対象	5:04
医療従事者の法的責任	・法的責任の内容、法的根拠	6:00
損害賠償と損害賠償認定のプロセス	・損害賠償における連帯責任と加害者間の公平、民事賠償の範囲、裁判例	12:41
診療記録、看護記録の証拠としての重要性	・診療記録記載の重要性、診療記録の改ざん	18:44
医療安全に関する共有文書の取り扱い	・判例実務上の医療安全に関する共有文書の取り扱い、記述の方法	27:56
知っておくべき情報	・賠償責任保険、看護記録の整備と保存	36:05

### 3. 安全文化を育てるカンファレンス

発生したインシデント・アクシデントについてカンファレンスを行い、PDSA サイクルを回しましょう。

**PDSAサイクルとは:**【計画】【実行】【学習・分析】【改善】の4ステップを繰り返す業務改善フレームワークです。従来のPDCAの「Check(評価)」を「Study(学習・分析)」に強化。単なる結果確認にとどまらず、なぜうまくいったか(いかなかったか)の「原因の分析」を通じて、より迅速で本質的な改善を促進します。改善計画を立て(Plan)、実行して(Do)、結果を学習・分析(Study)、また改善していく(Act)、という循環を、繰り返します。

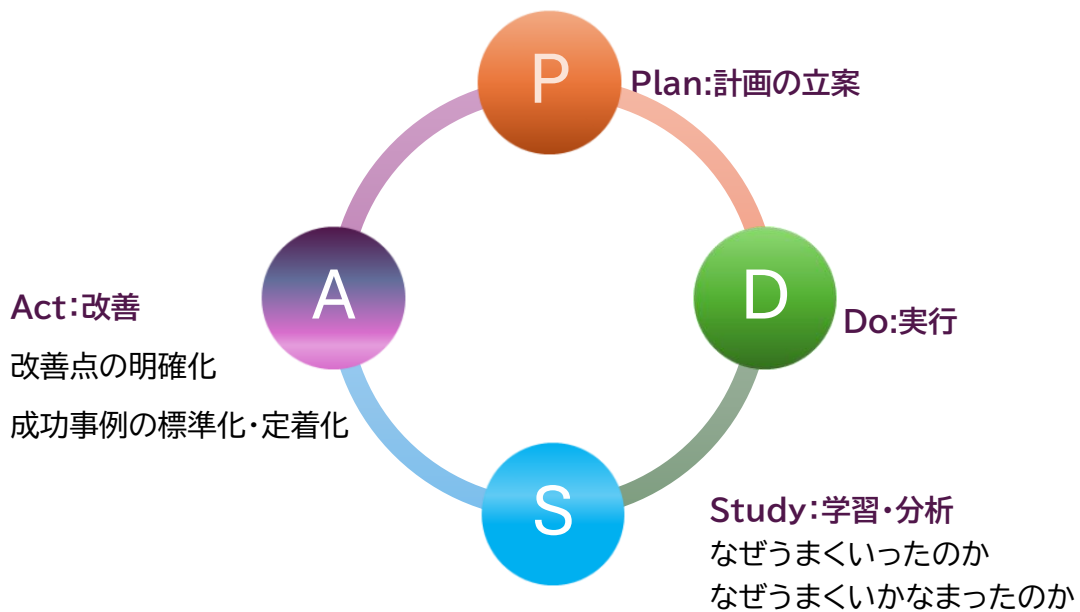


図:PDSAサイクル



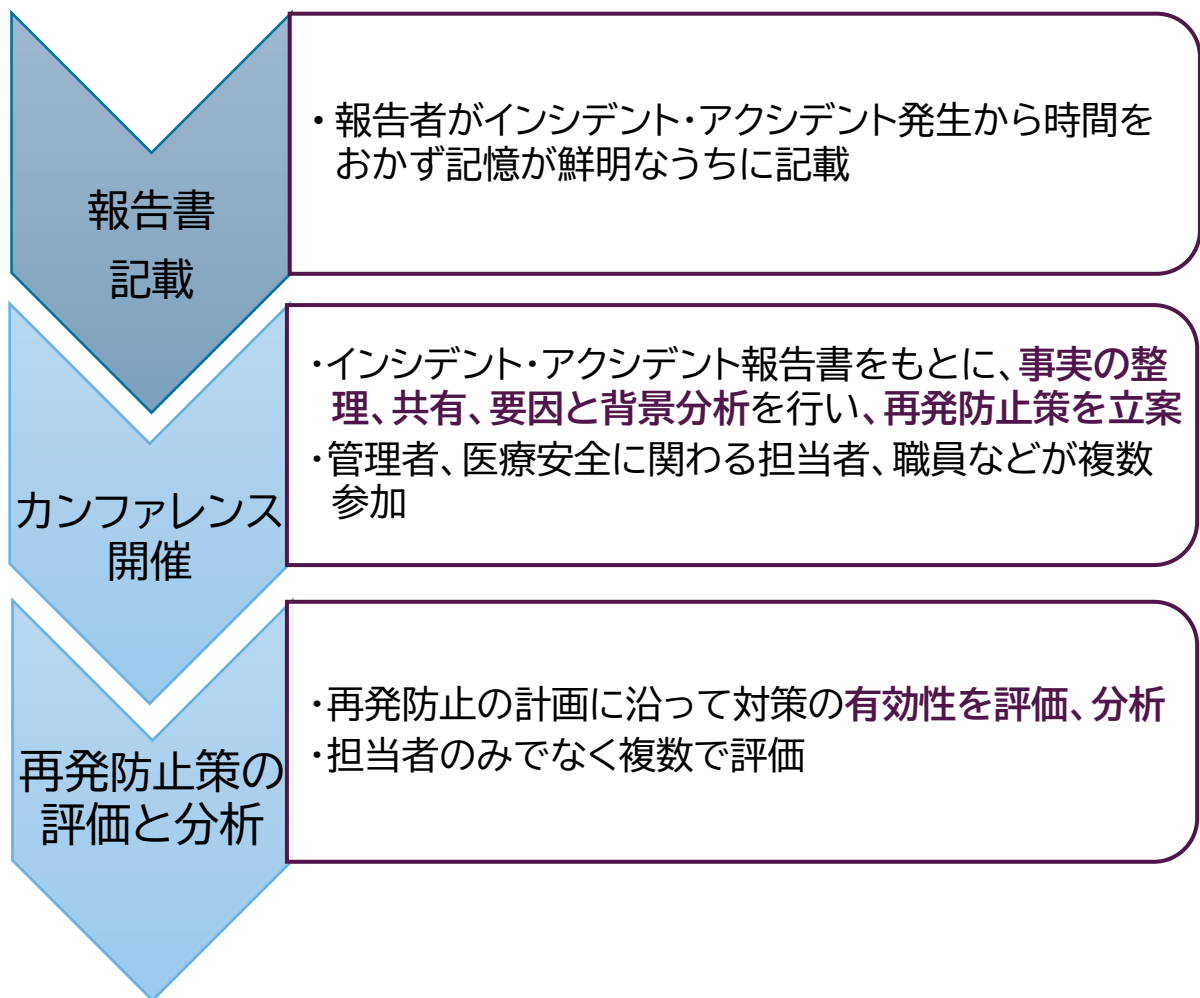
カンファレンスのルール:

カンファレンスは、誰かを責める場ではありません。当時の状況や判断を丁寧に振り返り、事故の要因や背景を多角的に検討します。課題や再発防止策は参加者全員で共有し、今後の改善につなげます。こうした取り組みの積み重ねが、安全文化を育てる一助となります。



## 参考:カンファレンスの流れ

以下の流れで、カンファレンスを開催してみましょう。



改善の取り組みや成功事例の定着を目指し、PDSAサイクルに沿った継続的な循環を回していきます



※P6～P9「インシデント・アクシデント報告書」、「再発防止の計画書」の様式例を適時ご活用ください。

1. 報告者氏名・職種		2. 発生日時	
氏名	職種：	年 月 日 ( 曜 ) 午前・午後 時 分	
3. 発生場所	1. 自宅 (屋内) 2. 自宅 (屋外) 3. その他 ( )		
4. インシデント・アクシデント種類	1 転倒 2 転落 3 誤嚥 4 誤薬 5 医療・介護機器関連 (不具合など) 6 ドレーン・チューブ関連 (抜去など) 7 その他 ( )		
5. 対象者 (物) の状態	氏名：〇〇 〇〇様	属性：利用者・従業者・その他 ( )	
	年齢： 〇代	日常生活自立度	認知症の状況：
	介護度：		寝たきり度：
当日の状況			
6. 発生時の状況	<ul style="list-style-type: none"> <li>●いつ</li> <li>●誰が</li> <li>●どこで</li> <li>●何を</li> <li>●どのように</li> <li>●どうなった (結果)</li> </ul>		
7. 発生事象への対応	出来事が起きてから、だれが、どのように対応したか (被害を最小化するための対応)		
8. 救急救命処置の実施		9. 利用者への影響度	
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (具体的な処置)			

様式2「再発防止の計画書」

カンファレンス開催日(第 回)： _____ 年 _____ 月 _____ 日		報告者名：
参加者名：		
1. 発生した要因		2. 事故の背景と要因のまとめ (事故の背景・要因に関するアセスメント)
<input type="checkbox"/> P (Patient) : 患者  <input type="checkbox"/> m (management) : 組織の安全に関する体制、人員配置や研修教育体制、報告システム、職場の雰囲気等を指す  <input type="checkbox"/> S (Software) : 手順書やマニュアル  <input type="checkbox"/> H(Hardware) : 機器や機材、構造など  <input type="checkbox"/> E(Environment) : 環境・温度・湿度・照明・騒音など  <input type="checkbox"/> L(Liveware) : 関係者(報告者)  <input type="checkbox"/> L (Liveware) : 関係者(報告者以外の関係者)		
3. 再発防止策	行動目標(背景と要因から導いた再発防止策・行動)	期日(実施予定期日)
	1.	
	2.	
	3.	
4.		

評価日： _____ 年 _____ 月 _____ 日		評価者名：
再発防止策の有効性	今後の改善策(再発防止策・行動)・定着に向けた方策	
1. について <input type="checkbox"/> 大変有効 <input type="checkbox"/> 有効 <input type="checkbox"/> 改善すべき点あり		
2. について <input type="checkbox"/> 大変有効 <input type="checkbox"/> 有効 <input type="checkbox"/> 改善すべき点あり		
3. について <input type="checkbox"/> 大変有効 <input type="checkbox"/> 有効 <input type="checkbox"/> 改善すべき点あり		
4. について <input type="checkbox"/> 大変有効 <input type="checkbox"/> 有効 <input type="checkbox"/> 改善すべき点あり		

1. 報告者氏名・職種		2. 発生日時	
氏名 泉                      職種：看護師		2025年5月30日（金曜日）午前・午後12時30分	
3. 発生場所	1. 自宅（屋内）    2. 自宅（屋外）    3. その他（                      ）		
4. インシデント・アクシデント種類	1 転倒    2 転落    3 誤嚥    4 誤薬    5 医療・介護機器関連（不具合など） 6 ドレーン・チューブ関連（抜去など）    7 その他（                      ）		
5. 対象者（物）の状態	氏名：石 ● ● ● 様 年齢：60 代		属性：利用者・従業者・その他（                      ）
	介護度：要介護2	日常生活自立度	認知症の状況： なし 寝たきり度： A1
	当日の状況 （事象に関わる利用者や看護師、自宅環境等について、事象発生前の状況を記載します） 訪問に何うと利用者は、便意を訴えており、直ぐにトイレへの歩行介助の要望があった。いつも在室している妻は出かけていて不在だった。		
6. 発生時の状況	（事実のみを端的に記載します） ●いつ 訪問時 ●誰が 担当看護師 ●何を 利用者のトイレ歩行介助を ●どのように 利用者が便意のため焦っており、靴を履かずに歩きだした。 片麻痺があったが、看護師は後ろから介助するようになった。 尿留置カテーテルの固定も本人に任せていた。 ●どうなった（結果） 移動中廊下の椅子に置かれていた段ボールの蓋にカテーテルが引っ掛かりそうになった。利用者がそれを避けようとした際に転倒した。		
7. 発生事象への対応	出来事が起きてから、だれが、どのように対応したか。（被害を最小化するための対応）		
	（事故発生後、被害を最小化するための初期対応、連絡、報告について記載します） 5/10 15:00 転倒時、意識状態、患部の観察、カテーテルの抜去や刺入部の出血、打撲や擦過傷の有無の確認。VS測定。 15:05 主治医へ報告。様子観察と受傷部クーリングの指示。 15:10 患部クーリング開始。管理者へ報告。 15:20 奥様へ連絡。 15:35 奥様ご帰宅。状況説明を行う。退室。		
8. 救急救命処置の実施		9. 利用者への影響度	
<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（行った場合のみ処置内容の詳細を記載します） （具体的な処置		（各事業所で利用している影響度分類等をもとに記載します） 一過性で中等度 3a*	

※2部P11の分類例を使用

様式2「再発防止の計画書」

カンファレンス開催日（第1回）：2025年6月2日（月）		報告者名：泉
参加者名：管理者 安全管理責任者 チームメンバー		
1. 発生した要因	2. 事故の背景と要因のまとめ (事故の背景・要因に関するアセスメント)	
<p><input type="checkbox"/>P (Patient)：患者 片麻痺・転倒リスクが潜む時期・尿道留置カテーテル・慌てている状態・靴を履かないままの歩行</p> <p><input type="checkbox"/>m (management)：組織の安全に関する体制、人員配置や研修教育体制、報告システム、職場の雰囲気等を指す 報告システム、安全に関する体制あり</p> <p><input type="checkbox"/>S (Software)：手順書やマニュアル 手順書はあったがその通り実施できない状況</p> <p><input type="checkbox"/>H(Hardware)：機器や機材、構造など</p> <p><input type="checkbox"/>E(Environment)：環境・温度・湿度・照明・騒音など いつもと違う室内環境（段ボール）・靴の位置</p> <p><input type="checkbox"/>L(Liveware)：関係者（報告者） 報告者：情報の不足・焦り・靴を履かないまま歩行介助実施</p> <p><input type="checkbox"/>L (Liveware)：関係者（報告者以外の関係者） 報告者以外：PTの情報共有不足・妻の不在</p>	<p>（「1.発生した要因」、報告書の「当日の状況」「発生時の状況」を確認。各要因の関係性、要因が生じた理由や、当時の判断・状況などを話し合い、その内容を記載します）</p> <p>リハビリの進行によりADLは拡大していたが、一方で活動量の増加に伴い転倒リスクが高まる移行期にあった。「できることが増えているが、まだ不安定な状態である」という身体状況について、医療者間、利用者本人との間で十分な情報共有ができていなかった。</p> <p>また、利用者がトイレを急いでいたことによる焦りから、歩行時に必要な靴の着用や、環境調整といった基本的な安全確認が十分に行われなかった。さらに、通常は妻の支援がある状況だったが、この日は不在だったため、普段とは違う状況だった。その結果、転倒リスクに対する評価や配慮が十分に行き届かなかったと考えられる。</p> <p>これら複数の要因が重なったことで、転倒リスクの高い状況避けることができなかった。</p>	
3. 再発防止策	（同じ背景・要因で今後事故を起こさないための具体的行動を検討し、「行動目標」と「実施予定の期日」を記載します） 行動目標（背景と要因から導いた再発防止策・行動）	期日（実施予定期日）
	1. 利用者のリハビリの進行状況や想定される危険性については、ICTに分かりやすく記載（関係職種間で共有）	即日
	2. 担当者は訪問前にICT、記録の内容確認を徹底（連携強化）	即日
	3. 本人家族とともに、現在の身体状況及び安全な生活環境について話し合い共有（適切な療養環境の共有）	次回訪問時
	4. 尿道留置カテーテルや在宅酸素療法を利用している利用者について、介助方法を再度確認（安全に配慮した対応の徹底）	即日
5. 介助前にはKYT（危険予知トレーニング）を実施（転倒・チューブの抜去などのリスクを事前に想定した安全な予測行動の修得）	次回勉強会	

評価日：2025年7月7日（月）	評価者：泉 管理者 安全管理責任者 チームメンバー
再発防止策の有効性 (実施予定日から一定期間において、「行動目標」の各項目について、有効性、改善点について話し合い、対策を評価)	今後の改善策（再発防止策・行動）・定着に向けた方策 (改善すべき点がある場合には、その要因と具体的行動を検討、再発防止策・行動、改善できた場合は定着方策を記載)
1. について <input checked="" type="checkbox"/> 大変有効 <input type="checkbox"/> 有効 <input type="checkbox"/> 改善すべき点あり	カテーテル留置を想定した危険予知トレーニングを6か月毎に実施（次回12月）
2. について <input checked="" type="checkbox"/> 大変有効 <input type="checkbox"/> 有効 <input type="checkbox"/> 改善すべき点あり	
3. について <input type="checkbox"/> 大変有効 <input checked="" type="checkbox"/> 有効 <input type="checkbox"/> 改善すべき点あり	
4. について <input checked="" type="checkbox"/> 大変有効 <input type="checkbox"/> 有効 <input type="checkbox"/> 改善すべき点あり	
5. について <input type="checkbox"/> 大変有効 <input checked="" type="checkbox"/> 有効 <input type="checkbox"/> 改善すべき点あり	

## 1部「みんなで取り組む！訪問看護の医療安全」 あなたは以下の項目を、実践していますか？

### 1. 事故発生時の対応

- 利用者の状態を速やかに確認
- 利用者および周囲の安全を確保
- 必要な場合応急対応・処置を実施
- 主治医へ報告
- 事業所管理者へ報告
- ケアマネジャーへ連絡
- 市町村(介護保険)又は保険者(医療保険)への連絡
- 家族へ状況を説明
- 説明内容を記録

### 2. 再発防止のための対策

- インシデント／アクシデントレポートの速やかな作成
- 事例をチームで共有
- 再発防止策の検討
- 対策をチームで共有
- 実施した対策を評価、分析して修正または定着

## 2部「訪問看護と医療安全」 あなたは以下の項目を、理解していますか？

### 1. 医療安全の基本

- 医療安全の定義
- 医療安全は「組織的な取り組み」である

### 3. 訪問看護における事故の特徴

- 利用者、看護師をとりまく、在宅と病院の違い
- 訪問看護で起こりやすい事故の特徴

### 2. 医療安全に関する規定

- 医療安全に関する規定や基準
- 訪問看護事業所に求められる安全体制
- 事故発生時の報告と対応の基本

### 4. 事故発生のメカニズム

- ヒヤリ・ハット報告の目的
- 組織として原因分析を行う必要性

## 1部・2部 共通項目 医療における安全文化の醸成

以下の項目を理解していますか？

### 1. 安全文化の理解

- 医療安全は個人の注意だけでなく、組織全体で取り組むもの
- 医療安全の確保には安全文化の醸成が重要

### 2. 医療安全の知識

- 医療安全に関するステーションのルールや手順

以下の項目に取り組んでいますか？

### 3. 安全文化を育てる組織作り

- 安全について意見を出しやすい環境作り
- 経験事例を共有し、学習する仕組み作り
- PDSAサイクルの循環

# 訪問看護における安全文化を醸成していくための 参考資料

1)厚生労働省:医療安全対策

[https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou\\_iryuu/iryuu/i-anzen/index.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/i-anzen/index.html)

2)日本医療機能評価機構:医療事故情報収集等事業

<https://www.med-safe.jp/>

3)日本訪問看護財団

<https://www.jvnf.or.jp/>

4)日本看護協会:医療安全

<https://www.nurse.or.jp/nursing/anzen/index.html>

5)全国訪問看護事業協会(編)「訪問看護の安全対策 第3版」,日本看護協会出版会,2017.

6) World Health Organization : Patient Safety Curriculum Guide

[https://www.who.int/docs/default-source/patient-safety/9789241501958-jpn.pdf?sfvrsn=848131c4\\_1](https://www.who.int/docs/default-source/patient-safety/9789241501958-jpn.pdf?sfvrsn=848131c4_1)

制作年 2026年3月

事業名 訪問看護における医療安全に関する研修教材作成事業

検討委員 柏木 聖代 久保 祐子 荒神 裕之 高砂 裕子 持田 智江美

監修 蒔田 覚

制作 公益財団法人 日本訪問看護財団